

# CONHECIMENTO DA PERCEÇÃO DOS USUÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CINCO DE CAMPO BOM EM RELAÇÃO AO ACOLHIMENTO HUMANIZADO REALIZADO PELA EQUIPE

## KNOWLEDGE OF THE PERCEPTION OF USERS OF THE FAMILY HEALTH UNIT FIVE IN CAMPO BOM REGARDING THE HUMANIZED RECEPTION PROVIDED BY THE HEALTH TEAM

### **Cristina Furlan Zabka**

Médica Clínica Geral, Especialista em Saúde da Família

### **Ilaine Saleti Pletsch**

Enfermeira-Obstetra, Especialista em Saúde da Família

### **Irlene Lúcia Ackermann Schardong**

Enfermeira-Obstetra; Especialista em Saúde da Família e Especialista em Enfermagem em Saúde Pública.

### **Correspondência**

Prefeitura Municipal de Campo Bom - NUMESC

Av. Independência, 800 – Centro – Campo Bom – RS

CEP 93700-000

e-mail: crizabka@hotmail.com

e-mail: ilainsaleti@hotmail.com

e-mail: irlene@campobom.rs.gov.br

### **RESUMO**

O estudo permitiu conhecer a percepção dos usuários de uma unidade de saúde da família de Campo Bom em relação ao acolhimento humanizado realizado pela equipe. É um estudo exploratório de natureza quali-quantitativa. O método de coleta de dados foi através da aplicação de um questionário de cinco perguntas, sendo três abertas e duas fechadas. O questionário foi aplicado pela equipe de pesquisa a cinco usuários por turno, maiores de 21 anos, escolhidos de forma aleatória, durante uma semana. Foi realizada uma análise percentual das questões fechadas e uma análise qualitativa das questões abertas. Todos os entrevistados atribuíram o acolhimento à agente administrativa da unidade, sendo que a maioria definiu acolhimento como “ser bem recebido”. O estudo demonstra também que alguns entrevistados ainda procuram um modelo de assistência médico-centrado e de pronto-atendimento, vigente antes da instituição da ESF, sem dar credibilidade à resolutividade do atendimento de enfermagem. Entretanto, conclui-se que o usuário já percebe o acolhimento como uma responsabilidade de toda a equipe que presta o atendimento à saúde, a partir do qual se formará o vínculo entre usuário e profissionais.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Saúde da Família. Acolhimento. Humanização da assistência.

### **ABSTRACT**

The study has allowed us to know the users perception in a Family Health Unit of Campo Bom, regarding the humanized reception of users by the health team. It is an exploratory and quality-quantitative study. The data were collected by using a questionnaire consisting of five questions, three open and two closed ones. This questionnaire was applied to five users per shift, older than 21, chosen randomly, during one week. A percentage analysis was made of the closed questions, as well as a qualitative analysis of the open questions. All users attributed the user reception to the administrative agent of the unit, and most of them defined reception as “being welcome”. The study also shows that some users still expect a medical-centered assistance and expect immediate service, as was the rule before the Family Health Strategy, and give little credibility to nursing services. However, we conclude that the users already perceives the reception as the responsibility of the whole team, from which a link between user and professionals will be formed.

### **KEY WORDS**

Family health. User reception. Humanization of assistance.

## INTRODUÇÃO

A proposta desse artigo surgiu a partir do questionamento sobre a percepção dos usuários quanto ao acolhimento humanizado oferecido em uma unidade de saúde da família do município de Campo Bom.

Campo Bom é um jovem e rico município de imigrantes, predominantemente de origem alemã, de porte intermediário, com 57.866 habitantes/IBGE 2005, com 62,5 km<sup>2</sup> e 925 hab/km<sup>2</sup>, pertencente ainda à grande Porto Alegre, a 50 km da capital. Basicamente urbana e industrial, importante produtor e exportador de calçados e outros elaborados.

A industrialização tardia e a vinda, de forma massiva, da população do campo para a cidade, trouxeram como consequências excesso de mão de obra não qualificada, com baixa renda e escasso poder aquisitivo. Pouco mais de 50 e 30% da população com renda de até 2 e 5 salários mínimos respectivamente.

Atualmente, o município enfrenta uma grave crise no setor calçadista, acarretando o fechamento de diversas empresas da área.

Seguindo a lógica da Estratégia de Saúde da Família (ESF), surge uma proposta de atenção em saúde para reverter a forma de assistência médico-centrada. A nova política baseia-se na reorganização do modelo existente, centrada na promoção da saúde e qualidade de vida por meio do incentivo ao auto-cuidado e da intervenção em fatores de risco através do estabelecimento de vínculo com a comunidade.

Ainda dentro desse contexto, a Política Nacional de Humanização (PNH) estabeleceu alguns dispositivos para viabilizar a realização do HumanizaSUS, caminhando na direção da construção de um SUS há tanto tempo esperado, em que se espera uma profunda e permanente mudança tanto no modelo de atenção quanto de gestão em saúde, considerando a indissociabilidade desses cenários. O dispo-

sitivo a que nos referimos neste trabalho, que também pode ser entendido como “modo de fazer”, é o acolhimento com avaliação de risco. A percepção do acolhimento como uma das ferramentas fundamentais do novo sistema torna necessária sua organização para promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e, conseqüentemente, aos demais níveis de atenção. Como resultados dessa nova concepção, almeja-se a eliminação das filas, o atendimento com base nos riscos priorizados e a adequação da capacidade resolutive (BRASIL, 2006).

Esse processo de modificação do modelo assistencial tem a necessidade de uma transformação cultural, a ocorrer de forma lenta e gradual, considerando-se as diferenças existentes entre os dois modelos e o apego de profissionais, e da própria população, ao paradigma anterior. Embora distintas, o objetivo não é a substituição de uma forma de atenção pela outra, mas sim a coexistência entre as duas, uma vez que são complementares (MATTOS, 2001; MENDES, 1985). A atenção básica é a porta de entrada dos usuários no sistema, estando comprometida com um atendimento acolhedor, humanizado e resolutive, além de ser responsável pelo encaminhamento aos demais níveis de atenção quando se fizer necessária uma avaliação especializada. Contudo, considerando a experiência já acumulada com a prática da ESF, percebe-se ainda, de uma maneira geral, o desconhecimento dos profissionais das equipes sobre a satisfação dos usuários em relação ao acolhimento realizado (GONZALEZ, 2006; KOCH, 2004; WUNDER, 2006). Fazemos, então, a seguinte pergunta: como o usuário percebe o acolhimento recebido nesta unidade?

O objetivo geral deste projeto é conhecer o grau de compreensão e satisfação dos usuários em relação ao atendimento humani-

zado realizado pela equipe de Saúde da Família cinco de Campo Bom. Dentro da proposta do trabalho, procurou-se descrever o perfil do usuário atendido na unidade, identificar que profissionais realizam o acolhimento na visão do usuário, verificar o grau de satisfação e o entendimento do usuário em relação ao acolhimento da unidade.

Atualmente esse tema é considerado importante por estar de acordo com as novas concepções de abordagem dos usuários em atenção básica, levando em conta a integralidade, a qualidade da atenção e a humanização no atendimento. O estudo é significativo porque nos possibilita conhecer o acolhimento realizado na unidade, do ponto de vista da comunidade, permitindo que o trabalho seja repensado e reformulado, se necessário, de acordo com o resultado da pesquisa.

O âmbito de trabalho da ESF, como já é de conhecimento, é bastante amplo e diversificado. Por essa razão, muitos dos seus atores não serão contemplados no presente artigo. A equipe que foi alvo desta pesquisa, bem como as demais equipes de Saúde da Família de Campo Bom, organizam seu trabalho a partir da territorialização do seu cenário, tendo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) uma estreita relação com a população adstrita, não diferindo em importância dos demais integrantes da equipe. A prática do acolhimento a que nos referimos, embora seja da responsabilidade de todos os envolvidos, será conhecida apenas no ambiente da unidade de saúde, uma vez que a avaliação do trabalho da equipe como um todo não pode ser realizada por uma limitação de tempo. Dessa forma, atividades em que o acolhimento também se faz necessário, como o trabalho dos ACS e a visita domiciliar, poderão ser abordadas num próximo artigo (ARAÚJO, 2000; FRACOLLI, 2005).

## A Mudança de Paradigma

Durante as décadas de 70 e 80 do século XX, as discussões sobre as políticas de saúde se voltaram para questões como a extensão da cobertura dos serviços, reconhecendo o direito à saúde e a co-responsabilidade do Estado e da sociedade em propiciar as condições necessárias para garantir os cuidados básicos em saúde à população. Em 1988, ficaram estabelecidas, na Constituição Federal, as bases técnicas e jurídicas para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípio fundamental a atenção à saúde enquanto direito à cidadania, através da universalidade de acesso a todos os níveis de atendimento do sistema (BRASIL, 1998).

A partir dessa Constituição foram definidas, como diretrizes do SUS, a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade nos processos de criação em saúde. Preconiza-se que a construção desse sistema constitua-se num processo social de mudanças nas práticas sanitárias, tendo como referência uma concepção ampliada do processo saúde-doença e o paradigma assistencial da promoção da saúde (BRASIL, 2003).

O modelo assistencial predominante no país caracterizava-se por uma atenção hospitalocêntrica, individualista, pouco resolutiva e de demanda curativa, sem a preocupação com o desenvolvimento de uma política de promoção de saúde e prevenção de enfermidades. A rede de atenção básica, sem financiamento e qualificação adequados, permanecia em segundo plano (BRASIL, 2003).

A partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), reorganiza-se o modelo de atenção básica, passando-se de um modelo assistencialista e médico-centrado para um modelo de promoção e prevenção da saúde realizado por uma equipe multiprofissional. Nesse contex-

to, a ESF propõe-se a trabalhar inserida na comunidade, conhecendo seu território e dinamicidade, onde a realização de um bom acolhimento é essencial para o estabelecimento e fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais, resultando em um trabalho humanizado para todos os atores do processo de criação em saúde.

O acolhimento pode ser entendido como a possibilidade de universalizar o acesso, a fim de abrir as portas da unidade a todos os usuários que dela necessitam. Além disso, acolher é também saber escutar e entender a pessoa além de sua queixa, comprometendo-se com a resolução dos seus problemas e anseios. Dessa forma, o vínculo que se estabelece a partir de um acolhimento bem realizado transforma a equipe em uma referência para os seus usuários (MERHY, 2000).

A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde define a humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção em saúde (BRASIL, 2006). Podemos assim inferir como um dever das equipes de ESF a prestação de cuidados aos usuários como seres únicos, respeitando suas individualidades e reconhecendo seus direitos e deveres, para oferecer uma atenção integral à saúde dos mesmos, sempre considerando os saberes em saúde da comunidade. O convívio com a dinâmica do processo de adoecimento e de cura no meio popular, a interação com os movimentos sociais locais e o contato com a militância de outros grupos intelectuais possibilitam a reorientação das suas práticas na busca de ferramentas que permitam enfrentar de forma mais global os problemas de saúde encontrados. Em alguns desses serviços, em que a população organizada e os profissionais de saúde identificados com seus interesses conseguem conquistar maior controle do seu funcionamento, surgem algumas experiências pioneiras que avançam

bastante na superação do caráter mercantil, biologicista e alienador da prática médica dominante (VASCONCELOS, 2001).

A questão do acolhimento tem se tornado uma preocupação cada vez mais frequente nas discussões que envolvem a prática da ESF. A necessidade da equipe em trabalhar com uma postura acolhedora em relação à comunidade para propiciar a formação de vínculo, no contexto da promoção e prevenção à saúde, já estava prevista na Lei 8080 de 1990. Quase duas décadas após esse avanço, a Política Nacional de Atenção Básica é aprovada através da Portaria 648, em março de 2006, onde fica estabelecida uma revisão das diretrizes e normas de organização da ESF e do PACS, incluindo aqui o acolhimento. (BRASIL, 1990; BRASIL, 2006).

## **METODOLOGIA**

O estudo realizado foi transversal e descritivo, de caráter exploratório, através de um questionário com três perguntas abertas e duas fechadas que foi aplicado a cinquenta usuários da unidade de saúde da família cinco de Campo Bom. Foram entrevistados cinco usuários por turno, escolhidos de forma aleatória, para evitar vícios de amostragem. Essa amostra equivale a vinte por cento da população com mais de vinte e um anos que frequenta a unidade semanalmente, assegurando um índice de confiabilidade de 99,60%, com um índice de erro de 0,0015%.

O estudo fez uma análise quantitativa e qualitativa das informações a cerca da questão do acolhimento prestado aos usuários. Todos os participantes do estudo foram informados dos objetivos da pesquisa, assinando o consentimento livre e esclarecido.

As questões relacionadas ao perfil da população pesquisada, bem como as perguntas fechadas, foram avaliadas quanto ao percentu-

al. As questões abertas foram avaliadas quanto ao percentual e conteúdo das respostas.

## RESULTADOS

Os dados apresentados correspondem ao conteúdo dos cinquenta questionários aplicados aos usuários que participaram do projeto de pesquisa. Dos entrevistados, 82% eram mulheres e 18% homens. Em relação à idade, 24% estão na faixa de 21 a 30 anos, 10% na de 31 a 40, 32% na de 41 a 50 e 34% na faixa acima de 51 anos.

As profissões citadas foram muito variadas, sendo que 28% dos entrevistados referiram-se como do lar, 16% industriários, 16% aposentados ou pensionistas, 10% costureiras, entre outros, com uma taxa de desempregados de 4%.

Quanto ao grau de instrução, não houve analfabetos entre os entrevistados, bem como ninguém com terceiro grau completo. A grande maioria, que corresponde a 78% do total, possui o ensino fundamental incompleto, com grande variação na idade.

Quanto à questão sobre como o usuário se sente recebido na unidade, todos responderam positivamente, ou seja, referiram que são bem recebidos, atribuindo esse recebimento à “secretária da unidade” (agente administrativo).

Em relação às atividades de acolhimento realizadas na unidade, que são o agendamento (A), a consulta em enfermagem (B), a avaliação da enfermagem (C) e a avaliação médica (D), os usuários optaram por um dos seguintes conceitos: ótimo, bom regular e ruim. Em relação ao agendamento, 36% acharam ótimo, 30% acharam bom, 22% regular e 12% ruim. A consulta de enfermagem, bem como a avaliação médica, receberam os conceitos ótimo e bom, não tendo pontuado em regular ou ruim. A consulta de enfermagem foi avaliada como ótima por 52% dos entrevistados e como bom por 48%. A avaliação médica foi ótima para 76% deles e bom para 34%. A

avaliação da enfermagem foi avaliada como ótima por 52%, bom por 44%, regular 2% e ruim 2%. Acredita-se que esses percentuais das respostas regular e ruim devem-se ao fato de que alguns usuários procuram ainda a unidade para pronto atendimento, mesmo em situações em que pode haver agendamento para uma melhor qualidade no atendimento e resolução da demanda. Ainda que a conduta tenha sido resolutiva, não deixando o usuário sem atendimento e encaminhamento adequado, alguns podem demonstrar insatisfação por não terem seu problema resolvido de maneira imediata. Os percentuais referentes a cada uma estão no Gráfico 1.

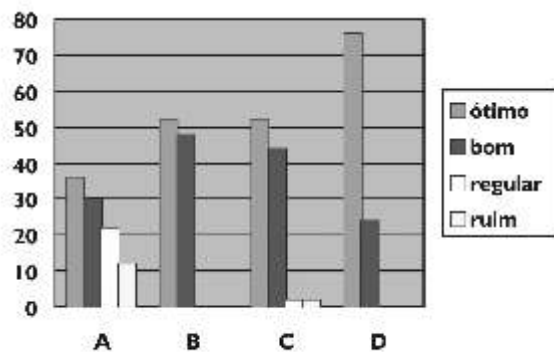


Gráfico 1 - Índice de satisfação dos usuários por categoria.

Foi aplicada uma questão referente ao conceito que o usuário tem de acolhimento, fazendo-se uma pergunta aberta sobre o tema. Todos os participantes atribuíram mais de um conceito ao tema, e mais da metade citou ser bem recebido com conceito de acolhimento. Isoladamente, ser bem recebido foi referido como conceito de acolhimento por 23,4% dos entrevistados; atenção e carinho foram citados por 19,14% dos usuários, cada um. Bom atendimento foi o conceito dado por 10,64% e ter dedicação por 8,51%, como demonstra o Gráfico 2. Outras expressões que foram referidas com frequência foram: conseguir resolver problemas, ter amor pelo que faz, ter paciência e educação, entre outros.

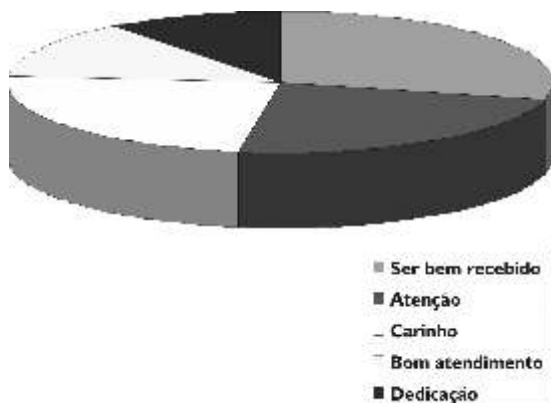


Gráfico 2 - Conceito de acolhimento

Por fim, a última indagação da pesquisa questionava sobre as mudanças sugeridas para melhorar o acolhimento. A pergunta foi do tipo aberta, e os usuários puderam propor tantas mudanças quanto achassem preciso. Mais da terça parte dos entrevistados respondeu que não seriam necessárias mudanças no atendimento da unidade. Um percentual de 36% solicitou agendamento diário e não apenas uma vez por semana, para evitar a fila que é gerada, enquanto 10% referiu que gostaria de ter atendimento odontológico, pediátrico e ginecológico na unidade. Acredita-se que essa solicitação esteja relacionada com o fato de que a rede básica de saúde do município já ofereceu esses serviços durante uma determinada época. Sugestões como mais medicamentos, atendimento do idoso pela manhã e mais segurança para os funcionários representaram em torno de 1% cada um. Sobre a questão do agendamento 36% referiram como ótimo, 30% como bom, 22% regular e 12% ruim.

## DISCUSSÃO

Através do questionamento levantado, a pesquisa revelou que os usuários entrevistados sentem-se bem recebidos na unidade, sem exceções, e atribuem o acolhimento à

agente administrativa da unidade, responsável pelo primeiro contato. A responsabilidade da recepção, do acolhimento, do reconhecimento das necessidades do cliente e de seus acompanhantes, bem como as primeiras ações para a promoção de seu conforto, bem-estar, comodidade e privacidade são consideradas atribuições de todos os atores envolvidos nos processos de saúde (CASTRO, 2006). Esse resultado chama a atenção para o fato de que, para o usuário, o primeiro contato com o serviço de saúde não tenha que se dar, necessariamente, com os integrantes da equipe técnica da unidade. Dessa forma, parece ser de larga importância o envolvimento de todos os profissionais com o acolhimento, compreendendo que ele não representa uma forma elaborada de dispensar o usuário do serviço, mas sim de reestruturar a atenção para oferecer uma resposta mais pontual e efetiva aos seus problemas (CASTRO, 2006; SÃO PAULO, 2002).

Outra questão relevante é o grande número de mulheres que frequentam as unidades e se utilizam dos serviços de saúde, quando comparado à população masculina. Na literatura científica, existe uma posição consolidada enfatizando que as mulheres seguem sendo as maiores frequentadoras e ou usuárias de assistência a saúde. Nota-se que elas continuam sendo interpeladas e responsabilizadas, também de forma central, pelos programas de promoção da saúde e de prevenção de doenças, ou daqueles que seguiam por imperativos sociais. Podemos citar, entre outros, os programas de saúde infantil, imunizações, bolsa alimentação e outros (MATAMALA, 1995; MEYER, 2002).

Os principais problemas levantados com essa pesquisa em relação ao acolhimento foram a questão da avaliação da enfermagem, quando o usuário não é encaminhado para a consulta médica no mesmo dia, e o agendamento, que subs-

tituiu a prática da ficha do dia existente no modelo anterior. Segundo o modelo assistencialista e centrada no atendimento médico e hospitalar, vigente antes da instituição da ESF, os usuários procuravam os serviços de saúde apenas em situações de doença, na forma de pronto atendimento. Não havia uma preocupação com a prevenção e a promoção da saúde, tanto por parte dos profissionais quanto dos usuários. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que tem possibilitado às equipes e à comunidade maior compreensão do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

A relação humanizada da assistência que promove a acolhida se dá sob dois enfoques: o do usuário e o do trabalhador. Assim, o acolhimento deve resultar das relações entre ambos no processo do atendimento e, dependendo desse encontro que se inicia o vínculo do usuário com o serviço de saúde, ampliando a eficácia das ações e favorecendo a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser aproveitado para construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto usuários, pois sabe-se que não há construção de vínculo sem o reconhecimento do usuário como sujeito, que fala, julga, deseja e contribui (MERHY, 2000).

## CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar a percepção dos usuários quanto ao acolhimento humanizado realizado na unidade de saúde da família cinco de Campo Bom, avaliando o seu entendimento sobre o tema e sua satisfação, bem como identificar a qual profissional é atribuído o ato de acolher.

A pesquisa constatou que a grande demanda dos usuários que procuram a unidade são mulheres, do lar e de baixo grau de escolaridade.

A análise desta amostra deixa claro que os usuários percebem o acolhimento realizado na unidade como um ato de receber bem, atribuindo o mesmo à agente administrativa e demonstrando plena satisfação. A valorização dos saberes populares através da escuta e a garantia de resolubilidade através dos princípios de universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade só são atingidos através da prática do acolhimento.

O estudo nos permitiu observar que há um número significativo de usuários preocupados com o pronto atendimento. O agendamento, que é uma das formas de organizar o serviço, para possibilitar o acolhimento, ainda recebe críticas. Acreditamos que esse fato deva-se à questão do modo de implantação da nova estratégia, onde não há uma adequada conscientização e sensibilização da população sobre a nova forma de fluxo de atendimento nas unidades antes da mudança de paradigma. O agendamento é percebido por alguns usuários como uma barreira para se chegar ao atendimento médico, que permanece sendo o principal, senão o único, objetivo dos mesmos. Percebemos, dessa maneira, uma necessidade crescente de criar ou melhorar os meios de informação sobre o fazer em saúde à população, permitindo e estimulando a sua participação na criação e controle do novo sistema, para que eles se sintam atores, e não espectadores, neste cenário.

Por fim, concluímos, através dos dados obtidos, que acolhimento e vínculo são referenciais absolutos para a concretização de um modelo de assistência centrado no usuário e nas famílias, procurando estabelecer e manter uma estreita ligação entre comunidade e equipe. No momento em que o acolhimento acontece, cria-se uma interface entre todos os envolvidos na prática em saúde, onde cada um deve, individual e coletivamente, estar ciente dos seus direitos e de suas responsabilidades, em iguais proporções.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Maria Rizeide Negreiros de. Saúde da Família: Cuidado no Domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 53, n. especial, p. 117-122, dez. 2000.
- BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 de setembro de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. **Ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica**. Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília, DF, 2006. Série B. Textos Básicos de Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 mar. 2006.
- CASTRO, Janice Dorneles; MEDEIROS, José Eri. Sementes do SUS. FARIAS, Loeci Madalena et al. **Acolhimento: princípios, meios e fins**. Porto Alegre: Pallotti, 2006. p. 123-142.
- FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O Programa Saúde da Família como uma estratégia para inclusão social na perspectiva do trabalho da enfermagem. **O Mundo da Saúde**, v. 29, n. 1, jan./mar., p.35-40, 2005.
- GONZALEZ, M. M. L. **Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom/ Rio Grande do Sul/ Brasil: uma proposta para planejamento e avaliação descentralizadas**. 2006. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2006.
- KOCH, Janice M. **A Reorganização da Atenção à Saúde a partir da implantação do Programa de Saúde da Família – PSF em Campo Bom**. 2004. 165f. Trabalho de Conclusão de Curso (Administração – Hab. Administração Hospitalar)-Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2004.
- MATAMALA, M. I. **Calidad de la atención, género: salud reproductiva de las mujeres**. Santiago: COMUSAMS; ACHU, 1995.
- MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.
- MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica**. Belo Horizonte: FUMARE, 1985.
- MERHY, E. E. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA. **Anais...** São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, 2000. p.145-154.
- MEYER, D. E. **Educação, saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos**. p.1-11, 2002.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo, 2002. 144p.
- VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos - Reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. 281 p. (Saúde em Debate, 140).
- WUNDER, A. P. **Processos de trabalho: a transição do modelo assistencial na saúde a partir do PSF de Campo Bom/RS**. 2006. 147f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2006.